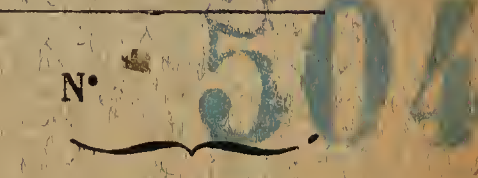
7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902 — N° 

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Juillet, à 1 heure

Par LUCIEN GOYARD

Né à Paris, le 28 Novembre 1876

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

VALEUR CLINIQUE DES ADÉNOPATHIES EXTERNES

À DISTANCE

DANS LES NÉOPLASMES DE L'ESTOMAC

Président : M. DEBOVE, *Professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY, *Professeur.*

ACHARD,
RENON, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1902



LIBRAIRIE
JAÇQUES LECHEVALIER
23, Rue Racine, PARIS VI.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1902

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 Juillet 1902, à 1 heure

Par Lucien GOYARD

Né à Paris, le 28 Novembre 1876

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

VALEUR CLINIQUE DES ADÉNOPATHIES EXTERNES

A DISTANCE

DANS LES NÉOPLASMES DE L'ESTOMAC

Président : M. DEBOVE, *Professeur.*
Juges : MM. DIEULAFOY, *Professeur.*
ACHARD, } *Agrégés.*
RENON, }

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1902

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		BOUCHAR.
Histoire naturelle médicale		GAUTIEARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BLANCHRD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. TERRIER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	THIERY.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
BROCA (André).	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatomiques.*	
DESGREZ.	LEGRY.	TEISSIER.	
DUPRE.	LEGUEU.		

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MON PÈRE

Le Docteur Gustave GOYARD

Mon premier maître.

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, ce nous est un devoir très doux que de venir ici apporter à tous nos maîtres dans les hôpitaux, le témoignage profond de notre gratitude.

MM. Tillaux et Le Dentu ont été nos premiers chefs tout au début de notre carrière hospitalière.

C'est M. Duguet qui nous a révélé les premiers éléments de la clinique médicale.

M. Paul Reynier a bien voulu nous recevoir comme externe dans son service si actif de Lariboisière.

M. Dreyfus-Brisac nous a initié aux difficultés de la pratique médicale. Ses excellentes leçons si claires et si attachantes sont de celles qui ne s'oublient pas.

M. Boissard nous a appris l'art des accouchements. Nous le remercions de sa grande bienveillance à nous accueillir comme externe.

Nous avons terminé notre externat dans le service de M. Menetrier. Nous lui témoignons toute notre gratitude pour les conseils si éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de ce travail.

Nous tenons enfin à apporter ici les remerciements les plus vifs à notre excellent maître M. Troisier. Il nous a reçu dans son service, jeune externe, et nous a appris le diagnostic médical. Il n'a cessé de nous témoigner toujours une bienveillance extrême et nous sommes heureux de pouvoir lui en exprimer ici notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'externat dans le service de M. Menétrier, à l'hôpital Tenon, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'adénopathie à distance se manifestant au cours de l'évolution d'un cancer de l'estomac. Nous rappelant les exemples et les leçons recueillis quelques années auparavant à l'hôpital Beaujon, dans le service de notre premier maître, M. Troisier, nous avons résolu de consacrer notre travail inaugural à rechercher l'importance clinique de ce symptôme.

Les observations initiales de M. Troisier, ses nombreux travaux sur ce sujet qui lui est cher, les cliniques de M. Jaccoud et la thèse si documentée de M. Belin. nous ont été d'un grand secours.

Division du sujet. — Après un bref exposé anatomique des différents relais ganglionnaires aboutissant aux ganglions externes, nous passerons en revue les travaux publiés sur cette question. Puis nous exposerons les théories pathogéniques si clairement mises en lumière par MM. Troisier et Menétrier, et nous nous efforcerons de dégager la valeur clinique de ces adénopathies externes à distance. Nous serons heureux si nous pouvons apporter notre modeste contribution à l'étude d'un symptôme hier encore dédaigné et qui mérite de

prendre une plus large place dans la séméiologie des néoplasmes gastriques.

Ne voulant pas reproduire ici des observations déjà publiées, nous nous bornerons à présenter trois observations qui nous sont personnelles.

CHAPITRE PREMIER

APERÇU ANATOMIQUE

Sans vouloir entrer ici dans des développements anatomiques qui nous entraîneraient trop loin du cadre que nous nous sommes tracé, nous croyons qu'il est bon de jeter un coup d'œil d'ensemble sur le système lymphatique péri-gastrique et les différents groupes ganglionnaires auxquels il se trouve relié.

D'après les travaux récents de M. Cunéo (1), les lymphatiques de l'estomac forment deux systèmes distincts : les lymphatiques muqueux et les lymphatiques musculo-séreux.

Les lymphatiques de la muqueuse, nés au niveau des espaces interglandulaires, après avoir formé une série de réseaux superposés, aboutissent à un réseau placé dans la sous-muqueuse. De là partent des canaux collecteurs gagnant les ganglions des courbures. Les lymphatiques de la couche musculaire aboutissent, d'autre part, à un réseau sous-séreux, point d'origine de troncs collecteurs tributaires des mêmes ganglions que les précédents.

L'origine des lymphatiques de la muqueuse a été

(1) Bernard Cunéo. *De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac et de ses conséquences chirurgicales.* Thèse de Paris, 1900.

longtemps discutée, pour les uns ce serait un système clos, pour les autres un système lacunaire placé dans la trame conjonctive. La première opinion a été soutenue par M. le professeur Renaut (1), c'est à elle que se rallie M. Cunéo ; la seconde a pour défenseurs l'anatomiste scandinave Lowen (2) et en France les traités d'anatomie de Testut et de Poirier.

Quoiqu'il en soit, les collecteurs issus des différents réseaux se disposent en trois groupes :

Le groupe supérieur comprend les troncs aboutissant aux ganglions situés dans l'épaisseur du ligament gastro-pancréatique et le long de la petite courbure. C'est la chaîne coronaire stomachique.

Le groupe inférieur réunit les collecteurs qui aboutissent aux ganglions sous et rétro-pyloriques, le *groupe gauche*, ceux qui aboutissent aux ganglions de la chaîne splénique.

Puis, par un collecteur commun aux lymphatiques de l'estomac, du foie, de l'intestin grêle et de la rate, la lymphe gagne la citerne de Pecquet, dilatation ampullaire située au devant de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire. Il y a là une sorte de carrefour lymphatique où aboutissent cinq troncs venus de différentes directions :

Deux troncs ascendants droit et gauche, résumant la circulation lymphatique des membres inférieurs, du bassin, des testicules, des reins et du gros intestin. Nous aurons l'occasion d'y revenir tout à l'heure.

Deux troncs descendants résumant la circulation lym-

(1) Renaut. *Traité d'histologie pratique.*
(2) Loven. *Nordiskt medicanskst Archiv.*, 1873.

phatique des huit ou neuf derniers espaces intercostaux et de la partie postérieure du diaphragme.

Un tronc antérieur, enfin, qui est le collecteur commun des organes de l'abdomen et que nous venons de décrire.

A la citerne de Pecquet fait suite le canal thoracique, collecteur principal de la lymphe. Il pénètre dans le thorax par l'orifice aortique du diaphragme et chemine en avant de la colonne vertébrale jusqu'à la hauteur de la quatrième vertèbre dorsale. « S'infléchissant alors en haut et à gauche, il se dirige obliquement vers l'apophyse transverse de la septième vertèbre cervicale où il repose sur le muscle long du cou. Là il s'incurve de nouveau en avant et en bas en décrivant un crochet à concavité inférieure et finalement vient s'ouvrir dans l'angle de réunion des veines sous-clavière et jugulaire interne du côté gauche » (1).

Sou calibre est loin d'être uniforme ; large de six à sept millimètres à son origine, il ne mesure plus que trois millimètres dans sa portion thoracique et se termine par un nouveau renflement. A ce niveau existent deux valvules constantes empêchant, d'une manière absolue, tout reflux veineux. Comme le fait remarquer Cruveilhier, le canal thoracique n'augmente pas de volume en raison des branches qu'il reçoit.

Remontons maintenant le cours de la lymphe que nous suivons, pas à pas, depuis la muqueuse gastrique, pour aboutir aux ganglions cervicaux. Dans l'espace angulaire que circonscrivent la jugulaire interne et la sous-clavière aboutissent trois ou quatre troncs venus

(1) Testut. *Traité d'anatomie humaine*, t. I.

des ganglions cervicaux. Ceux-ci comprennent deux groupes : l'un, *profond*, forme le long de la jugulaire interne une chaîne ininterrompue ; l'autre, *superficiel*, comprend quatre à six ganglions groupés autour de la jugulaire externe sous l'aponévrose cervicale superficielle et le peaucier. Ils sont disséminés sur la face externe du sterno cléido-mastoïdien, le long du bord postérieur de ce muscle et dans la partie inférieure du triangle sus-claviculaire (1).

Il nous est plus aisé maintenant de nous représenter, par la pensée, la marche des cellules néoplasiques qui, après avoir décrit ce long trajet abdominal, thoracique et cervical, viennent aboutir en dernier lieu aux groupes de ganglions sus-claviculaires que nous venons de décrire.

Revenons maintenant à la citerne de Pecquet et suivons le cours rétrograde de la lymphe pour étudier les connexions directes existant entre les lymphatiques gastriques et les ganglions inguinaux.

Deux troncs ascendants aboutissent à la citerne, ils résument la circulation lymphatique des membres inférieurs, du bassin et des parois abdominales. Ces troncs partent des ganglions lumbo-aortiques disposés en deux groupes : superficiel et profond. Ils sont reliés aux ganglions iliaques par cinq ou six collecteurs longeant l'artère et la veine du même nom.

Les ganglions iliaques sont généralement au nombre de trois, placés au niveau de la partie moyenne de l'arcade fémorale. Ils reçoivent un certain nombre de

(1) V. Mascoagni. *Vasorum lymphaticorum historia*, etc., 1787, pl. XXVI.

troncs venus des groupes ganglionnaires inguinaux profonds et superficiels.

Le groupe *superficiel* situé entre la peau et le fascia crebriformis se compose d'une quinzaine de ganglions disposés en nappe triangulaire à sommet inférieur. Leur volume oscille entre celui d'un pois et celui d'une petite amande. Ils sont de forme ellipsoïde ; les supérieurs sont transversaux, les inférieurs verticaux. Ces derniers reçoivent les lymphatiques superficiels du membre inférieur, les premiers ceux de la fesse, du périnée et de l'anus.

Le groupe *profond* est logé sous l'aponévrose. Il se compose de deux à trois ganglions occupant le tiers interne du canal crural, en dedans de la veine fémorale. Cloquet a donné son nom à l'un de ces ganglions appliqué contre le bord concave du ligament de Gimbernat. Ces derniers ganglions reçoivent les lymphatiques efférents des ganglions poplités et tous les autres lymphatiques profonds du membre inférieur.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Depuis longtemps l'attention des médecins avait été attirée sur la propagation du cancer aux ganglions éloignés. Grisolle (1) recommandait déjà l'examen des fosses sus-claviculaires comme un bon moyen de diagnostic dans les cas obscurs de cancer, mais la première observation connue du cancer de l'estomac avec propagation aux ganglions externes a été publiée à Berlin par Henoch (2) en 1854. Quelques années plus tard le même auteur, appréciant déjà la valeur clinique des adénopathies à distance, écrivait : « Le diagnostic de cancer de l'estomac est plus certain quand on peut trouver des ganglions dégénérés au-dessus de la clavicule ».

Deux autres auteurs allemands se sont occupés de cette question. Freidreich (3) dans une leçon sur le diagnostic du cancer de l'estomac, insiste sur la présence dans le creux sus-claviculaire « d'un paquet de ganglions, durs, indolores, atteignant pour quelques-uns les dimensions d'une noisette ».

Leube (4) semble attribuer à Virchow le mérite d'avoir

(1) Grisolle. *Pathologie interne*, t. I, p. 159.

(2) Henoch. *Klinik der Unterleibs-Krankheiten*, 1854, p. 159. *Ibid.*, 1863, p. 307.

(3) Freidreich. *Klinische Wochenschrift*, n° 1, 1874.

(4) Leube, Die Krankheiten des Magen und Darms, *Handbuch von Ziemssen*, t. VII, 1876.

signalé le premier l'altération des ganglions cervicaux dans le cancer de l'estomac. D'après lui leur existence serait un élément de diagnostic plus certain que la cachexie, mais néanmoins assez rare à rencontrer.

Nous trouvons dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Lebert (1) une observation publiée en 1861 et dans laquelle au cours de l'autopsie d'une femme morte d'un cancer à l'estomac : « des dépôts cancéreux sont trouvés dans les glandes superficielles du cou. On ne dit pas si la lésion existait d'un seul côté ou des deux à la fois.

M. Picard (2) signale, en 1872, un cas intéressant de propagation ganglionnaire à distance. Il s'agit, dans un cancer de l'estomac, d'une tumeur ganglionnaire sous l'aisselle. Les ganglions sus-claviculaires ou inguinaux ne sont pas signalés.

En 1874, relatons un fait signalé par M. Eyselein (3), de Blankenburg. L'adénopathie sus-claviculaire manquait à gauche chez son malade atteint de cancer de l'estomac, mais elle existait à droite et dans l'aisselle. De plus, le développement des ganglions cervicaux avait déterminé des phénomènes de hoquet extrêmement violents et qui avaient duré plus d'un mois. Après quoi tout était rentré dans l'ordre. Il y a lieu, semble-t-il, d'invoquer dans ce cas l'irritation du nerf phrénique.

En 1880, M. Merklen (4) présente à la Société anatomique un cancer infiltré de l'estomac. Les ganglions cervicaux envahis par le néoplasme comprimaient les

(1) Lebert. *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*, t. II, 1861, p, 190.

(2) Picard. *Bulletin de la Société anatomique*, 1872, p. 449.

(3) Eyselein. *Berliner klinische Wochenscrift*, 1874, n° 30, p. 366.

(4) Merklen. *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1880, p. 354.

vaisseaux artériels et veineux. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un carcinome. M. Rendu fait remarquer que, n'était l'examen histologique, on croirait plus volontiers à un cas de lymphadénie.

C'est dans la séance du 8 octobre 1886, à la Société médicale des Hôpitaux, que M. Troisier, qui s'était déjà occupé de la question des lymphangites (1), présenta pour la première fois trois observations d'adénopathies sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. Dans sa communication, M. Troisier faisait remarquer que son attention avait été attirée sur ce sujet par M. Charcot. Depuis cette époque, notre excellent maître, M. Troisier, n'a cessé de s'occuper de cette question qui l'intéressait particulièrement. Il a fait paraître de nombreuses observations où s'est affirmée la valeur clinique de ce symptôme mal connu avant lui ; en un mot, il a créé presque de toutes pièces la séméiologie de cette affection, à tel point que la recherche des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac est devenue classique et que ce signe diagnostique est connu communément sous le nom de « signe de Troisier ».

Dans la première observation recueillie à l'hôpital Tenon, il s'agissait d'un homme chez lequel, au cours de l'évolution assez obscure d'un cancer de l'estomac, survint « dans le creux sus-claviculaire du côté gauche une tumeur de la grosseur d'une petite noix formée par deux ganglions hypertrophiés et juxtaposés. Elle était mobile, dure au toucher, non douloureuse. Elle siégeait immédiatement au-dessus de la clavicule, en arrière du

(1) Troisier. *Recherches sur les lymphangites pulmonaires.* Thèse de Paris 1874.

faisceau claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien qu'elle débordait un peu en dehors. Il n'y avait à ce niveau ni œdème, ni changement de coloration de la peau ». Ces ganglions se multiplièrent, augmentèrent de volume, jusqu'à atteindre les dimensions d'une noisette. L'autopsie ne put être faite.

Dans la seconde observation, la masse ganglionnaire gauche augmenta pendant toute la durée de la maladie et, à la mort, atteignait la grosseur d'un œuf de poule. Dans la troisième, enfin, recueillie dans le service de M. A. Gombault, le ganglion sus-claviculaire gauche était peu à peu devenu gros comme une noix. L'autopsie révéla un cancer de l'estomac en nappe, occupant surtout le grand cul-de-sac et le canal pylorique. A la coupe, le ganglion sus-claviculaire était manifestement cancéreux, blanchâtre et infiltré d'un suc laiteux caractéristique.

La même année, dans la séance du 12 novembre, M. Troisier présente un nouveau fait intéressant qui lui est communiqué par M. Dreyfus. Un malade du service de M. Germain Sée s'était amaigri considérablement sans signes positifs de cancer viscéral. Quelques jours avant sa mort apparut un ganglion sous-maxillaire volumineux et dur comme de la pierre. A l'autopsie, on constata l'existence d'un cancer du pylore. Quant au ganglion sous-maxillaire, il était manifestement atteint de dégénérescence cancéreuse, sans qu'il ait été d'ailleurs possible de suivre la propagation de l'estomac au ganglion.

En janvier 1888, à la suite d'une observation présentée par M. André Petit, sur les adénopathies dans le cancer de l'utérus, M. Troisier, revenant sur la question du cancer de l'estomac, communique une nouvelle observation intéressante à divers points de vue.

Elle a été recueillie, dans son service de l'hôpital Tenon, par M. Ménétrier, qui était alors son interne et n'a pu être suivie d'autopsie. Il n'est pas douteux qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac, au cours duquel l'adénopathie sus-claviculaire droite s'est montrée deux mois après les premiers symptômes de l'affection gastrique, et l'adénopathie gauche quelques semaines seulement avant la mort. Comme le fait remarquer M. Troisier, si l'adénopathie sus-claviculaire apparaît le plus souvent à une période très avancée de la maladie, ce n'est pas toujours un signe tardif, et il est des cas où elle peut même précéder la cachexie.

Nous retrouvons dans les *Archives générales de Médecine* (1) un autre exemple, signalé par M. Troisier, d'apparition précoce d'un ganglion sus-claviculaire s'étant développé dix-neuf mois avant la mort. La tumeur, démontrée cancéreuse à l'autopsie, siégeait à gauche et atteignait le volume d'une grosse noix. Par son voisinage avec le plexus brachial, elle occasionnait des crises douloureuses si violentes et si répétées, qu'on dut en opérer l'ablation.

Signalons dans la *Presse médicale* du 21 mai 1898 un cas présenté par M. Troisier, et surtout intéressant, parce que le canal thoracique est envahi. Nous y reviendrons d'ailleurs plus en détail en étudiant les voies de propagation du cancer à distance.

Nous n'avons jusqu'ici passé en revue que la propagation aux ganglions sus-claviculaires ; ne perdons pas

(1) Troisier. L'adénopathie dans le cancer de l'abdomen, *Archives générales de Médecine*, nº d'avril 1893.

de vue néanmoins qu'elle est loin d'être la seule. Voici en quels termes s'exprimait M. Jaccoud sur ce sujet :

« C'est vous dire l'importance que j'attache à l'état des ganglions lymphatiques pour le diagnostic nosologique des tumeurs abdominales, et c'est avant tout des ganglions de l'aine qu'il faut se préoccuper en pareille occurrence. Bien souvent j'ai constaté les différences suivantes : les pléiades inguinales sont complètement et fortement atteintes, tandis qu'au cou c'est à grand peine qu'on trouve du côté gauche un unique ganglion qui est nettement induré. Dans bien des cas aussi j'ai constaté une altération plus ou moins prononcée des ganglions de l'aine, alors qu'un examen minutieux démontrait la parfaite intégrité des glandes cléido-cervicales » (1).

M. Belin, élève de M. Jaccoud, rapporte dans sa thèse (2) trois observations personnelles recueillies dans le service de ce dernier. Dans la première, seuls les ganglions inguinaux étaient engorgés ; dans les deux autres il y avait coexistence d'adénopathies inguinales et sus-claviculaires. M. Tuffier (3) en signale un autre exemple caractéristique. Chez un malade cachectique et souffrant d'une tumeur inguinale « grosse comme deux noix », on porta le diagnostic de cancer des ganglions de l'aine secondaire à un cancer primitif de l'estomac, révélé seulement par des vomissements, sans hématémèse. Ce diagnostic put être vérifié par l'autopsie et l'examen microscopique des ganglions.

(1) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale de la Pitié*, 1886, p. 256.

(2) Belin. *Adénopathies à distance dans le cancer viscéral.* Thèse Paris, 1888.

(3) Tuffier. In Thèse Belin, Observation XXIX *bis*.

Nous complétons cette étude historique en achevant de citer les différents travaux publiés depuis quinze ans sur cette question : Nous relevons deux mémoires italiens de Spinelli (1) et Tarchetti (2), une thèse de Lyon due au docteur Lesnés (3) et deux thèses de Paris dues aux docteurs Rousseau (4) et Herlement (5).

MM. Soupault et Labbé, enfin, ont publié dans la *Revue de Médecine* du mois de février 1900 une importante étude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial, étude sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir tout à l'heure.

(1) Spinelli. Sull' adenopatica soproclavicolare nei cancri delli organi della piccola pelvi et del addome. *Revista clinica*, Napoli, 1893.

(2) Tarchetti. Les ganglions sus-claviculaires dans le diagnostic des cancers abdominaux, *Clinique médicale italienne*, n° 9, 1899.

(3) Lesnés. *De l'adénite sus-claviculaire gauche*. Thèse de Lyon, 1893.

(4) Rousseau. Thèse Paris, 1895.

(5) Herlement. Thèse Paris, 1898.

CHAPITRE III

ÉTUDE CLINIQUE

M. Cunéo (1) réserve le nom *d'adénopathies à distance* « à l'infection des groupes ganglionnaires dont l'envahissement est consécutif à la dégénérescence plus ou moins complète du premier relai ganglionnaire formé par les ganglions para-stomacaux ». Comme il le fait très justement remarquer, leur intérêt est surtout d'ordre diagnostique et au point de vue opératoire, elles n'importent qu'en tant que contre-indications.

De plus, il faut distinguer parmi les adénopathies à distance celles qui résultent de l'infection néoplasique des ganglions *profonds* abdominaux et thoraciques, et celles qui intéressent les groupes ganglionnaires externes, sus-claviculaires, axillaires et inguinaux (2). C'est de celles-ci seulement que nous nous occuperons ici.

Ce sont les ganglions sus-claviculaires gauches qui sont le plus souvent atteints et parmi les cancers sous-diaphragmatiques, c'est l'épithélioma de l'estomac qui provoque, le plus souvent, l'adénopathie à distance (3). C'est là un

(1) CUNÉO. *Loco citato*, p. 56.

(2) M. TROISIER. *Archives générales de médecine*, avril 1893, signale un cas de propagation cancéreuse aux ganglions sus-épitrochléens qui étaient atteints en même temps que les axillaires, les inguinaux et les sus-claviculaires. Ils n'étaient pas très volumineux, mais l'examen histologique démontra qu'ils avaient réellement subi la dégénérescence cancéreuse.

(3) 21 fois sur 26 cas de cancer des voies digestives, d'après BERTIER, 17 fois sur 37 cas de cancers viscéraux sous-diaphragmatiques, d'après ROUSSEAU, 14 fois sur 27 cas de cancers sous-diaphagmatiques, d'après TROISIER.

fait d'observation qu'il est facile, semble-t-il, d'expliquer en invoquant la disposition anatomique des chaînes lymphatiques para-stomacales en rapport direct avec le canal thoracique.

Cette adénopathie ne paraît pas avoir été recherchée avec soin dans tous les cas de cancer de l'estomac, publiés. En effet, sur une statistique portant sur 903 autopsies de cancer de l'estomac, Gussenbauer et von Winivarter (1) n'ont signalé cette complication que 5 fois, soit 1 fois sur 180, ce qui est manifestement un chiffre beaucoup trop faible.

L'adénopathie inguinale signalée par M. Jaccoud n'a pas été jusqu'ici l'objet de statistiques spéciales. Pour les uns, elle serait plus fréquente que l'adénopathie sus-claviculaire, pour les autres, au contraire, ce serait une rareté. Parfois il y a coexistence des deux localisations, mais le plus souvent l'adénopathie sus-claviculaire existe seule (2). Sur 27 cas, M. Troisier (3) signale l'adénopathie 19 fois à gauche, 4 fois à droite, 4 fois des deux côtés. Elle serait donc cinq fois plus fréquente à gauche qu'à droite.

Presque toujours l'adénopathie survient à une période avancée de l'affection cancéreuse et vient, tout en apportant un appoint précieux au diagnostic, assombrir singulièrement le pronostic. Pourtant il est des cas où elle précède l'état cachectique de plusieurs mois et où elle

(1) Dr Carl Gussenbauer et Dr Alexander von Winivarter. *Archiv für klinische Chirurgie von Langenbeck*, Bd 19, p. 372 et s., 1876.

(2) 22 fois sur 27 d'après Troisier. *Archives générales de médecine*, février 1889.

(3) Troisier. *Loco citato.*

est pour ainsi dire le premier symptôme qui mettra sur la voie des autres.

Elle est constituée par un ou plusieurs ganglions qui siègent immédiatement au-dessus de la clavicule, au niveau de son tiers moyen, ou bien contre le faisceau claviculaire du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Ces ganglions peuvent être isolés ou bien réunis les uns aux autres pour former une petite masse bosselée. Tout au début, ils ne sont pas perceptibles à la vue, il faut les rechercher par une palpation assez attentive. On les trouve d'une dureté pierreuse (1), très mobiles sous les téguments, roulant sous le doigt. Presque toujours ils sont complètement indolores. La région voisine n'est pas modifiée, ils ne s'accompagnent ni d'œdème ni d'empâtement profond.

Peu à peu ils augmentent de volume et de nombre. Parfois un seul s'hypertrophie, les autres restant indemnes. Ils forment une petite tumeur, bientôt appréciable à la vue, qui soulève les téguments et fait saillie au-dessus de la clavicule. A ce moment de l'évolution du cancer, le malade, généralement en pleine période cachectique, étant très amaigri, les reliefs osseux sont fortement accentués et le triangle sus-claviculaire nettement creusé. La tumeur est donc parfaitement visible.

Son volume, avons-nous vu, est extrêmement variable. On a signalé des ganglions gros comme un œuf de pigeon ou même de poule. Leurs dimensions les plus ordinaires

(1) M. Cornil fait remarquer à ce sujet que le plus souvent l'infection ganglionnaire est précédée de sclérose et que c'est aux dépens de ce tissu fibreux que se forment les alvéoles du carcinome ganglionnaire. Article Carcinome, *Dictionnaire Dechambre*, p. 147.

atteignent quand ils ont leur complet développement celles d'une amande, d'une noisette ou d'une noix. Parfois, et cela surtout quand ils sont multiples, ils ne grossissent jamais beaucoup et ne dépassent guère la taille d'une lentille ou d'un pois.

Ils peuvent subir des temps d'arrêt dans leur développement, parfois même rester stationnaires pendant de longs mois, mais ils ne retrocèdent jamais.

Dans certains cas, l'adénopathie envahit les ganglions profonds, ceux-ci ne sont pas perceptibles au toucher, mais peuvent déterminer, par leur hypertrophie, des accidents de compression, du hoquet notamment.

Il est bien évident qu'au point de vue du pronostic, l'adénopathie à distance qui décèle la généralisation de l'infection cancéreuse est un signe du plus fâcheux augure. Elle contre-indique d'une manière formelle toute intervention opératoire. Le traitement local n'existe généralement pas ; parfois lorsque la tumeur occasionne des phénomènes de compression douloureux, il peut être indiqué d'en pratiquer l'ablation.

Quelquefois le tableau clinique est très compliqué. Nous avons eu l'occasion de suivre dans le service de M. Menétrier une malade atteinte d'un néoplasme latent du pylore, qui s'était présentée dans un état avancé de cachexie avec un épanchement ascitique abondant et un double épanchement pleural. Une pléiade de gros ganglions sus-claviculaires gauches entraînaient le diagnostic de cancer, vérifié d'ailleurs à l'autopsie. Il y avait, de plus, anasarque généralisé et thrombose double des jugulaires et des sous-clavières. La nature des épanchements, tant pleural que péritonéal, était chyliforme et

le canal thoracique était envahi par le cancer. Cette observation est présentée, *in extenso,* à la fin de ce travail. Nous ne connaissons qu'un seul cas analogue signalé dans la thèse de M. Godde (1).

(1) Godde. *Le cancer du canal thoracique.* Thèse de Paris, 1899.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

La propagation du cancer aux organes éloignés a été clairement exposée par M. Menetrier (1) auquel nous empruntons les notions qui vont suivre.

Parvenues aux origines des lymphatiques, dans les interstices du tissu conjonctif, les cellules néoplasiques peuvent émigrer loin de leur origine et parvenir aux points les plus distants de l'organisme. Cette émigration peut se faire de deux manières différentes, ou bien les cellules sont entraînées jusqu'aux ganglions, sans s'arrêter sur les parois des troncs lymphatiques, ou bien, au contraire, elles peuvent proliférer dans leur cavité et former des cordons pleins et noueux, où le néoplasme est continu.

Dans les ganglions, les cellules s'arrêtent et prolifèrent formant une nouvelle tumeur, au niveau de laquelle le tissu ganglionnaire est remplacé par un tissu identique à celui de la tumeur initiale. De ce foyer partent de nouvelles cellules néoplasiques qui, de ganglions en ganglions, finissent par atteindre le canal thoracique.

L'envahissement se fait habituellement suivant le cours de la lymphe, mais la métastase rétrograde est

(1) Menetrier. *Traité de pathologie générale de* Bouchard. Article des Tumeurs, p. 744.

extrêmement fréquente dans les voies lymphatiques (1). C'est là un phénomène qu'il est assez difficile d'expliquer. Les valvules des vaisseaux lymphatiques ne constituent pas, semble-t-il, un obstacle suffisant aux cellules cancéreuses remontant le courant de la lymphe.

Waldeyer (2) admet que les cellules seraient douées de mouvements amiboïdes analogues à ceux des leucocytes. D'après Heller, les vaisseaux lymphatiques, eux-mêmes, seraient le siège de contractions rythmiques. Recklinghausen, enfin, admet que, par suite de l'obstruction des ganglions situés en aval et déjà cancéreux, il peut se produire un arrêt dans le cours de la lymphe et même un mouvement rétrograde.

Telles sont les raisons qui ont été données pour tenter d'expliquer un fait incontestable : la propagation par les ganglions lombaires et iliaques du cancer de l'estomac aux ganglions inguinaux, fait sur lequel M. Jaccoud (3) a depuis longtemps insisté.

La migration des cellules néoplasiques peut, avons-nous dit, s'effectuer de deux manières différentes. Tantôt avec intégrité du canal thoracique, tantôt avec lymphangite cancéreuse concomitante, ce qui semble le cas le plus fréquent (4). « Lorsque les parois du canal thoracique sont envahies par le cancer, la pathogénie de

(1) Recklinghausen. Ueber die venœse embolie und retrograden in dem venen und in dem lymphgefœsen. *Virchow's Archiv.*, 1896.

Straus. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1er semestre 1886. Cet auteur admet, à propos d'une observation d'ascite chyleuse, le transport rétrograde des produits cancéreux des ganglions mésentériques aux vaisseaux chyliformes, à leur point d'émergence à l'intestin.

(2) Raymond. Article Embolie du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 644.

(3) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale de la Pitié*, 1888.

(4) Troisier. Cancer du canal thoracique. *Presse médicale*, 21 mai 1898.

l'infection ganglionnaire est des plus simples. Le sens de la circulation de la lymphe n'a plus aucun rôle à jouer ; les éléments néoplasiques progressent en proliférant dans le canal thoracique et les lymphatiques afférents des ganglions sus-claviculaires comme dans tout espace préformé » (1).

Il nous reste maintenant à étudier pourquoi dans les cas de cancer de l'estomac, c'est presque toujours à gauche que siège l'adénopathie.

D'après M. Troisier (2), l'explication doit en être recherchée dans les relations anatomiques des ganglions sus-claviculaires gauches avec la terminaison du canal thoracique. C'est au niveau de son anse terminale que s'abouchent ces troncs lymphatiques venant des ganglions sus-claviculaires, troncs très courts qui mettent ces ganglions immédiatement en rapport avec lui. Il peut donc se produire à ce niveau un reflux, ainsi qu'il peut arriver toutes les fois que la courbure d'un vaisseau présente une certaine entrave à la circulation du liquide qu'il contient.

Mais il y a plus, et il ne faut pas perdre de vue qu'il existe au point d'embouchure du canal thoracique, dans le système veineux, des variations de pression presque continuelles. « Les unes, périodiques, correspondent à chaque expiration ; les autres, intermittentes, résultent des efforts, de la toux, etc., toutes causes qui déterminent un arrêt momentané et peut-être même un léger reflux du sang veineux dans les veines caves, reflux qui doit se faire sentir jusqu'au canal thoracique » (3).

(1) Cunéo. *Loco citato*, p. 71.
(2) Troisier. *Archives générales de Médecine*, février 1889.
(3) Troisier. *Loco citato*.

Heller l'a prouvé expérimentalement en injectant de la farine de froment dans la veine jugulaire d'un lapin, exerçant ensuite une compression rythmée sur le thorax, il put constater, par la réaction de l'iode, la présence des grains de froment dans les veines du diaphragme et du foie (1).

Les conclusions à tirer de cette étude tendraient donc à prouver que la propagation des cellules cancéreuses dans le système lymphatique est soumise à un certain nombre de lois physiologiques permettant d'expliquer les trois points intéressants qu'il importe de retenir.

D'une part, cette propagation peut suivre une marche rétrograde en sens inverse du courant normal de la lymphe, les adénopathies inguinales en sont un exemple.

D'autre part, elle s'accompagne ou non de lymphangite intermédiaire s'étendant de proche en proche en envahissant les parois des troncs conducteurs, ou bien se fixant directement dans les masses ganglionnaires sans s'arrêter en chemin.

Elle se localise enfin, de préférence, aux points prédisposés par une situation anatomique particulière. Le confluent lymphatico-veineux, voisin des ganglions sus-claviculaires gauches, soumis à des variations physiologiques constantes, est le lieu d'élection.

Le mécanisme des localisations plus éloignées, axillaires ou sus-claviculaires droite, est plus difficile à expliquer, surtout quand elles sont isolées. Il faut admettre, d'après M. Troisier, une propagation de ganglions à ganglions sans trajet anatomique bien défini.

(1) Expérience citée par MM. Soupault et Labbé, in *Revue de Médecine* février 1900, p. 164.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous n'entreprendrons pas ici le diagnostic différentiel des adénopathies externes à distance, qui peuvent survenir dans tous les cancers viscéraux ; les adénopathies sus-claviculaires, entre autres, sont pour ainsi dire la règle dans le cancer de la plèvre et du poumon. Nous nous bornerons à l'étude du cancer de l'estomac, nous efforçant de dégager la valeur clinique d'adénopathies sus-claviculaires ou inguinales, survenant au cours d'une affection pouvant faire soupçonner un néoplasme gastrique.

Parfois ce diagnostic n'est pas douteux. Il y a des hématémèses, des melæna, une tumeur épigastrique, voire même le rejet, dans les vomissements, de parcelles cancéreuses. Mais, il est d'autres cas où, parmi les hésitations du diagnostic, survient une adénopathie externe. Passons donc en revue les différentes causes qui peuvent en amener la production.

Nous avons vu récemment, dans le service de M. Poirier, à l'hôpital Tenon, un homme de 55 ans atteint, depuis plusieurs années, de troubles gastriques à caractère alarmant. En dépit de l'absence de tout signe pathognomonique, la cachexie et l'amaigrissement survenus depuis

cinq ou six mois, ainsi que l'impossibilité chez le malade de garder aucune espèce d'aliment solide, avait fait penser au diagnostic possible du cancer de l'estomac. Sur ces entrefaites, les autres ganglions externes restant indemnes, apparaît une adénopathie inguinale gauche représentée par cinq ou six petits ganglions nettement indurés, faisant une saillie légèrement appréciable à la vue. C'était là, semble-t-il, un signe de présomption à ajouter aux autres, mais l'existence d'un eczéma assez étendu du mollet gauche, en même temps que la présence d'hémorrhoïdes ulcérées, enlevaient la plus grande partie de sa valeur diagnostique à l'adénopathie inguinale, bien que celle-ci, remarquons-le, fût postérieure de beaucoup aux lésions des téguments.

Il importe donc, en règle générale, chez un malade soupçonné ou convaincu de cancer et porteur d'une adénopathie externe, de s'assurer qu'il n'existe pas de lésions cutanées chroniques ou inflammatoires susceptibles d'expliquer l'apparition d'une adénite secondaire banale. Un examen minutieux pratiqué dans la sphère d'origine des vaisseaux afférents du ganglion affecté, s'impose avant toute autre recherche (1).

Il convient ensuite d'éliminer les cas où l'adénopathie relève d'une autre cause que d'un cancer viscéral, et ceux, plus rares, où, malgré l'existence indéniable d'un néoplasme, l'adénite n'est pas cancéreuse.

(1) Gussenbauer fait remarquer que les efforts musculaires peuvent amener une augmentation de volume des ganglions. Les cultivateurs, notamment, présentent fréquemment une hypertrophie inguinale assez prononcée. Chez certains ouvriers de fabrique qui, de préférence, emploient l'un ou l'autre membre inférieur, les ganglions inguinaux sont hypertrophiés d'un seul côté (in thèse Belin, déjà citée).

Trois affections, en dehors du cancer, peuvent donner naissance à des adénopathies externes : la lymphadénie, la syphilis et la tuberculose. Quand l'état général est mauvais et qu'il existe, en outre, des troubles gastriques, le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés.

Lymphadénie. — Les altérations que peut subir le sang au cours de l'évolution d'un cancer de l'estomac, ont été étudiées récemment par M. Alexandre (1), élève de M. Hayem. Il a démontré qu'il existe généralement, à la période de cachexie, un certain nombre de leucocytes translucides vacuolaires et chargés d'hémoglobine. Ce fait est d'ailleurs la règle de toute anémie considérable.

De plus, il existe parfois une leucocytose peu intense, mais survenant dès le début de l'évolution du cancer. Il y aurait suractivité fonctionnelle des ganglions lymphatiques et production plus élevée de leucocytes déversés dans la circulation générale. Ce serait un des modes de défense de l'organisme (2).

Mais en dehors de cette leucoytose peu prononcée accompagnant quelquefois le cancer, soit de l'estomac, soit de tout autre organe, il peut arriver qu'au cours d'une lymphadénie, les troubles gastriques et l'apparition d'adénopathies sus-claviculaires, par exemple, rendent le diagnostic hésitant.

L'hypertrophie de la rate, l'âge moins avancé du malade, l'évolution plus lente, le volume plus grand et la consistance moins ferme des tumeurs ganglionnaires sont de bons éléments en faveur de la lymphadénie (3).

(1) Alexandre. *De la leucocyte dans les cancers.* Thèse de Paris, 1887.

(2) Soupault et Labbé. *Loco citato.*

(3) Vaquez et Ribierre. Cas de lymphadénome atypique avec polynucléose. *Société médicale des Hôpitaux,* 14 décembre 1896.

Syphilis. — Les adénites syphilitiques primitives, ou secondaires, ne nous occuperont pas ici. Elles sont toujours en rapport avec les lésions de la peau ou des muqueuses, affectent des localisations spéciales et rétrocèdent rapidement avec le traitement spécifique. Il suffit d'y penser au cours de l'examen d'un malade porteur d'adénopathies externes.

Tout autres sont les difficultés en présence de certains cas d'adénites syphilitiques tertiaires, scléreuses, apparaissant tardivement, cas très rares d'ailleurs (1). M. Belin en rapporte dans sa thèse un exemple intéressant : Une malade âgée et très cachectisée présentait des adénopathies externes multiples. Les ganglions de l'aine, du creux sus-claviculaire et même le groupe des ganglions épitrochléens étaient indurés et augmentés de volume. L'absence de signes viscéraux et la découverte, sur les jambes, de cicatrices syphilitiques, mit sur la voie du diagnostic.

Plus récemment, M. Mathieu en a publié un nouveau cas encore plus caractéristique (2). La coïncidence, chez son malade, de troubles gastriques et d'une adénopathie sus-claviculaire gauche assez prononcée, entraîna le diagnostic de cancer de l'estomac. Dans la suite, l'apparition d'une éruption syphilitique et la guérison par le traitement spécifique, dissipa tous les doutes sur la nature même de l'adénopathie. Ces faits sont exceptionnels, mais dans certains cas obscurs, en l'absence de tout signe pathognomonique, il est utile d'y penser.

(1) Lancereaux. *Anatomie pathologique*, t. II.
(2) Mathieu. *Société médicale des Hôpitaux*, 1895.

Tuberculose. — La marche des adénites tuberculeuses est souvent insidieuse et torpide. Des saillies ganglionnaires indolores et indurées peuvent s'accompagner d'un mauvais état général tel que l'on ait l'idée d'un cancer. Parfois il n'existe pas d'autres signes nets de tuberculose et celle-ci n'est révélée qu'à l'autopsie. M. Jaccoud (1) en a cité plusieurs observations et MM. Belin et Menetrier en ont publié un exemple frappant (2).

Chez une femme de cinquante ans, souffrant de vomissements et de diarrhée tenaces, la cachexie fit des progrès rapides. « Dans la région sus-claviculaire gauche et visible à la seule inspection, existait une masse ganglionnaire saillante et indurée qui, au toucher, semblait formée de deux tumeurs distinctes, chacune d'un volume d'un œuf de pigeon. Des ganglions hypertrophiés, mais à un degré moindre, se rencontraient aussi à droite et à la partie correspondante du cou. Dans l'aisselle pas de ganglions hypertrophiés. Ceux de l'aine droite paraissaient un peu plus volumineux que normalement ». L'autopsie révéla la nature caséeuse de ces ganglions. Il n'y avait pas trace de cancer abdominal, mais une infiltration tuberculeuse double des sommets pulmonaires. Notre troisième observation se rapporte à un cas analogue.

En dehors de la lymphadémie, de la syphilis et de la tuberculose, les adénopathies externes, et en particulier celles du cou, peuvent être dues à des causes banales et coexister avec une affection gastrique autre que le cancer. Dans ce cas, les ganglions sus-claviculaires sont

(1) Jaccoud. *Leçons clinique de la Charité*, 1885.
(2) Belin. *Loco citato*, p. 201.

généralement très superficiels et ne présentent qu'un faible développement.

M. Mathieu (1) a rapporté un exemple d'ulcère de l'estomac vérifié par l'autopsie, au cours duquel était apparu au-dessus de la clavicule gauche et près du sterno-mastoïdien un groupe de quatre ganglions du volume d'une petite noisette. Ces ganglions mobiles, indolents et assez durs, survenus trois ans avant la mort, n'avaient pas augmenté de volume pendant cette période.

M. Guinard (2) a rapporté un exemple analogue en citant le cas d'un malade avec gros foie bosselé, considéré comme atteint de cancer de l'estomac et du foie, par suite de la présence d'un gros ganglion sus-claviculaire gauche. Il s'agissait d'un kyste hydatique du foie (3).

La région inguinale, lieu de passage le plus habituel des hernies, a pu parfois donner lieu à des confusions bizarres. M. Menetrier (4) a cité le cas d'un individu porteur dans la région inguinale droite d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, mobile, dure et d'abord indolente. Il existait, en outre, un cancer de l'estomac manifeste. Le diagnostic de ganglion cancéreux semblait s'imposer lorsque, quelques jours avant la mort, la tumeur

(1) Mathieu. *Société médicale des Hôpitaux*, 1897.

(2) Guinard. *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, oct. 1898.

(3) Rappelons aussi que les ganglions superficiels peuvent être le siège de cancers primitifs. M. Coyne, *Bulletin Société anatomique*, 1872, et M. Humbert, thèse agrégation, Paris, 1878, en ont rapporté quelques exemples. La marche rapide, le volume énorme et l'ulcération précoce en constituent les principaux caractères distinctifs.

(4) Thèse de Belin. *Loco citato*.

devint douloureuse et le malade eut un hoquet persistant. A l'autopsie, outre un cancer du pylore, on découvrit que la tumeur inguinale n'était autre qu'un sac herniaire déshabité, très épaissi et non complètement oblitéré.

M. Paul Reynier nous a communiqué l'exemple inverse. Une tumeur inguinale diagnostiquée hernie épiploïque se trouva être un gros ganglion cancéreux, qui mit sur la voie d'un néoplasme gastrique latent.

Il nous reste à examiner maintenant les cas où chez un malade porteur d'un cancer de l'estomac indéniable, existent des ganglions dus à une autre cause, généralement la tuberculose. Ces cas sont assez rares et ne méritent pas, semble-t-il, toute l'importance que leur ont attribuée MM. Soupault et Labbé (1).

Nous en empruntons un exemple à la communication faite récemment par M. Troisier à la *Société médicale des Hôpitaux* (2). Un homme de quarante-neuf ans était atteint d'un cancer de l'estomac, dont les premiers symptômes remontaient en février 1899. De chaque côté du cou on découvrait des ganglions échelonnés entre le sterno-cléido-mastoïdien et le bord antérieur du trapèze. Il y en avait trois à droite, l'un de la grosseur d'une noisette près de l'angle de la mâchoire, les deux autres moins volumineux à deux travers de doigt de la clavicule. A gauche ils étaient au nombre de six à sept, de la grosseur d'une olive environ. Fait digne de remarque, il n'y en avait pas de perceptibles dans le creux sus-claviculaire.

(1) Soupault et Labbé. *Loco citato.*
(2) Troisier. *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 27 juillet 1900.

Ces ganglions étaient durs, indolores, mobiles sans adhérences à la peau. Leur apparition avait eu lieu quelques mois après le début des troubles gastriques ; ils s'étaient développés rapidement, puis étaient restés stationnaires. Le malade mourut le 17 juin 1900 ; c'est donc quatorze mois avant la mort que s'était manifestée l'adénopathie.

L'autopsie fit découvrir une tumeur circulaire du pylore adhérente en arrière à une masse ganglionnaire prévertébrale. Le canal thoracique normal au-dessous du diaphragme changeait bientôt d'aspect, devenait noueux et formait au niveau de son anse terminale un cordon plein, sillonnant à travers une masse de huit à dix petits ganglions blanchâtres à la coupe.

M. Troisier fait remarquer que cette adénopathie cancéreuse sus-claviculaire n'a pas été perceptible pendant la vie. Au contraire, les ganglions des parties latérales du cou qui avaient été considérés comme cancéreux étaient tuberculeux, scléreux à la coupe, caséeux au centre. Le bacille de Koch s'y retrouvait au microscope, mais le point de départ de l'infection est resté inconnu.

La très longue durée de l'adénopathie, son développement rapide et l'état stationnaire ayant duré ensuite jusqu'à la mort étaient autant de caractères cliniques différentiels.

Si les ganglions sus-claviculaires cancéreux étaient devenus perceptibles cliniquement, leur coexistence eut rendu le diagnostic singulièrement délicat.

Au point de vue du pronostic à porter, il est facile de concevoir que la recherche systématique et le diagnostic

exact de l'adénopathie cancéreuse externe, ont une importance extrême.

Un certain nombre d'interventions ont été faites ainsi dans des conditions déplorables, qui auraient pu être évitées, si l'on avait attaché une attention suffisante à une adénopathie méconnue.

OBSERVATIONS

Observation I

Cancer de l'estomac avec adénopathie sus-claviculaire gauche. — Propagation au canal thoracique et par voie lymphatique rétrograde à tous les viscères tributaires de ce canal. — Ascite et double épanchement pleural chyliforme. — Thrombose double des jugulaires et sous-clavières (1).

La nommée C..., âgée de 53 ans, entre salle Colin, dans le service de M. Menetrier, à l'hôpital Tenon, le 8 mai 1902.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Comme antécédents personnels, elle aurait été atteinte à 10 ans d'une affection thoracique de nature indéterminée. Il y a deux ans, elle a été soignée pour une pleurésie gauche. Depuis elle a continué de tousser et, il y a six mois, elle aurait rendu du sang, sans que l'interrogatoire permette de savoir s'il y a eu hémoptysie ou hématémèse.

Depuis un mois la malade est très dyspnéique. Cette dyspnée survenait d'abord à l'occasion du moindre effort, puis est devenue paroxystique, se produisant par crises qui durent de une heure à deux heures.

Il y a quinze jours, est apparu brusquement un œdème — actuellement, à ce que dit la malade, considérablement diminué — du membre supérieur gauche en même temps que de vives douleurs dans le membre atteint.

Simultanément, un œdème progressif des deux membres inférieurs a gagné symétriquement, de proche en proche, jusqu'à atteindre la paroi abdominale.

Les troubles digestifs sont assez peu marqués. Il y a de l'anorexie, mais pas de vomissements.

(1) Communiquée par MM. Menetrier et Gauckler à la *Société des Hôpitaux*. Juillet 1902.

A l'examen on constate cet œdème des deux membres inférieurs et du membre supérieur gauche. La face n'est pas bouffie. Le membre supérieur droit est respecté.

Le creux sus-claviculaire gauche est effacé et rempli par une masse ganglionnaire. Sous l'aisselle gauche roule un ganglion dur.

L'auscultation des poumons révèle seulement quelques râles de congestion hypostatique aux bases. Il n'y a pas augmentation notable de la matité au niveau de l'espace inter-scapulo-vertébral ni au niveau de la poignée sternale.

Les bruits du cœur sont normaux. La palpation de l'abdomen n'est pas douloureuse, on y découvre un peu de liquide ascitique libre.

Le foie et la rate ont un volume normal. La température est de 37°9.

Les urines sont rares, un peu albumineuses. Les selles sont légèrement diarrhéiques.

Les jours suivants n'apportent pas de grandes modifications dans l'état de la malade, l'œdème des membres tendant plutôt à augmenter.

Le 15 mai, apparaît une douleur dans la région sus-claviculaire droite avec irradiation dans l'aisselle. La température monte à 38°4.

Le 16, le membre supérieur droit s'est œdématié ; la jugulaire externe roule sous le doigt, en formant un cordon dur et douloureux. La moitié droite de la face est légèrement œdématiée. Il n'y a pas de troubles apparents de la circulation encéphalique.

Du 16 au 20 mai, l'œdème sous-diaphragmatique augmente, des crises dyspnéiques, qui durent deux ou trois heures, apparaissent l'après-midi. Du 24 au 26, on note cinq ou six épistaxies répétées, mais peu abondantes.

D'ailleurs la cachexie fait des progrès rapides, la malade cesse complètement de s'alimenter et le 2 juin apparaissent des vomissements fécaloïdes précédant de peu la mort qui a lieu le soir même.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée le 4 juin. A l'ouverture du corps, s'écoule de chacune des plaies environ un litre de liquide lactescent ; quatre litres environ du même liquide s'échappent de la cavité péritonéale.

Les poumons sont rétractés, crépitent à la pression. Il n'y a pas de pus dans les bronches, pas de foyers pneumoniques ni de lésions tuberculeuses aux sommets.

A la surface de la plaie, on remarque de petits connex lymphatiques dessinant des sinuosités blanchâtres.

Le cœur est normal. Le foie est pâle, décoloré, de volume normal ; il n'est pas atteint de dégénérescence graisseuse.

Les reins sont anémiés, mais la substance corticale n'est pas atrophiée.

La rate et les capsules surrénales sont normales. Il n'y a rien de spécial à signaler dans l'utérus, si ce n'est quelques petits kystes muqueux au niveau du col.

L'estomac n'est pas dilaté. Ouvert, il présente un néoplasme extrêmement étendu, infiltrant le canal pylorique et la petite courbure. A la périphérie de la masse cancéreuse, on constate, de distance en distance, l'existence, sur la paroi stomacale, de petites nodosités.

Sur l'intestin, on remarque, de place en place, des dilatations lymphatiques remplies d'un coagulum blanchâtre. Le canal thoracique se perd inférieurement dans une masse ganglionnaire dégénérée. En haut, il est comprimé par une autre masse ganglionnaire, occupant la région sus-claviculaire et étendue au pourtour de la sous-clavière gauche.

Les deux troncs brachio-céphaliques veineux sont thrombosés et la thrombose s'étend sur toutes les veines du voisinage.

Le canal thoracique complètement oblitéré à son extrémité supérieure, est, à sa partie moyenne et inférieure, rempli par un coagulum blanchâtre, incomplètement adhérent aux parois.

A L'EXAMEN HISTOLOGIQUE, le liquide chyliforme des plaies et du péritoine renferme peu d'éléments cellulaires, quelques cellules seulement remplies de granulations graisseuses et beaucoup de granulations graisseuses libres.

Le néoplasme de l'estomac est un épithélioma atypique, avec destructions glandulaires et l'on trouve, tout autour, des traînées de lymphangites cancéreuses sous-muqueuses, intra-musculaires ou sous-péritonéales.

Les coupes du canal thoracique montrent, à son extrémité supérieure, une oblitération complète par végétation fibreuse de la paroi vasculaire, enserrant de petits ilôts de cellules néoplasiques. Dans la portion muqueuse et inférieure, la cavité du canal est respectée; les parois sont tapissées par une ou plusieurs couches de cellules cancéreuses et, au centre du conduit, se trouvent accumulés des éléments graisseux et dégénérés.

Les dilatations lymphatiques constatées à la surface du poumon et de l'intestin, sont également bourrées de cellules cancéreuses. On constate, en outre, à l'examen des coupes du poumon, que les lymphatiques profonds sont, pour la plupart, remplies de cellules cancéreuses. Il y a lymphangite diffuse de tout l'organe.

Des lésions semblables, bien que moins accentuées, se retrouvent dans tous les viscères examinés, c'est-à-dire que les éléments cancéreux qui s'y rencontrent, sont compris dans les voies lymphatiques seules, dans les espaces porte pour le foie, autour des gros vaisseaux de la base des pyramides pour le rein, dans les grosses travées fibreuses péri-vasculaires pour la rate.

Sans insister sur les particularités intéressantes de cette observation relativement à la pathogénie des épanchements chyliformes et de l'infection cancéreuse lymphatique rétrograde, particularités qui sont étudiées dans la communication de MM. Ménétrier et Gauckler à la Société médicale des hôpitaux, nous tenons à faire remarquer qu'ici le signe le plus important de ce cancer de l'estomac, a justement été l'adénopathie sus-claviculaire gauche, signe réellement révélateur, en l'absence de tout autre symptôme caractéristique de l'affection.

Observation II (personnelle).

Cancer du pylore. — Ganglions sus-claviculaires gauches.

La nommée Angèle B..., âgée de 57 ans, entre le 25 avril 1902, à Lariboisière, salle Maurice Raymond, dans le service de M. Dreyfus-Brisac.

Depuis une époque que la malade ne peut préciser elle-même, sa santé, bonne jusqu'alors, s'est altérée peu à peu. Son appétit a diminué, elle a cessé de s'alimenter en quantité suffisante et l'amaigrissement a fait des progrès rapides. En même temps, des vomissements fréquents et des douleurs gastriques ont fait leur apparition.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade est à un degré

avancé de cachexie, l'état d'amaigrissement des membres est extrême, les yeux sont profondément enfoncés dans les orbites, les téguments sont d'une teinte jaune paille caractéristique. L'état de faiblesse est tel qu'il est impossible à la malade de sortir de son lit.

Il n'y a pas d'œdème des malléoles, ni de phlébite. Les urines sont normales. Rien non plus dans les poumons, ni au cœur. Le ventre est rétracté, sensible à la pression; il n'y a pas d'ascite.

On sent, à la palpation de la région épigastrique, un empâtement diffus superficiel et, plus profondément, une tumeur dure de la grosseur d'une orange environ. C'est à ce niveau que siège le maximum de la douleur. Les vomissements sont fréquents, l'hématémèse marc de café est notée plusieurs fois, ainsi que le melœna. Le diagnostic de cancer de l'estomac ne peut laisser aucun doute, d'autant plus qu'à un ensemble de signes cliniques complets, s'ajoute l'existence d'une adénopathie qui est pour ainsi dire la signature même du cancer et la preuve visible et palpable de son irrémédiable généralisation.

Il n'y a pas d'adénopathies inguinales, ni axillaires, non plus que d'engorgement ganglionnaire au-dessus de la clavicule droite. Mais à gauche en revanche, presque cachées sous la clavicule, on sent à la palpation 2 petites tumeurs du volume d'une noisette environ. Elles sont mobiles sous les téguments et complètement indolores. La malade ne s'en est jamais aperçue. Il n'existe aucune irritation de voisinage.

Toute intervention chirurgicale étant écartée, et pour cause, les symptômes de cachexie vont en s'augmentant, de plus en plus, pendant six semaines et la malade meurt dans le marasme le plus complet, le 7 juin.

Autopsie. — On trouve dans la région pylorique, s'étendant en avant et en arrière le long de la grande courbure, un néoplasme volumineux débordant dans la cavité stomacale. Le pylore n'est pas obstrué complètement, mais son calibre est sensiblement rétréci. Il n'y a pas d'adhérences hépatiques. Le canal thoracique est sain, les autres organes, foie, rate, poumons et cœur, sont normaux.

Juste au-dessus de la clavicule gauche, on enlève, par dissection, deux ganglions voisins, du volume d'une noisette, de couleur blanchâtre, donnant à la coupe un suc caractéristique.

L'examen histologique démontre leur dégénérescence cancéreuse.

Observation III (personnelle).

Tuberculose ganglionnaire avec adénopathies multiples : sus-claviculaires, axillaires, inguinales et viscérales. — Troubles digestifs simulant le cancer de l'estomac.

La nommée Rose D..., âgée de 47 ans, journalière, est entrée le 13 février 1902, dans le service du Dr Menetrier, hôpital Tenon, salle Colin.

D'après les antécédents héréditaires de la malade, son père serait mort à 64 ans, après une très courte maladie et sa mère dans un âge très avancé, après une paralysie de plusieurs années. Il y aurait eu 17 enfants, dont 6 en 2 couches successives. Tous ces enfants, sauf deux, sont morts en bas-âge. Actuellement, la malade en question survit seule.

Il n'y a aucun antécédent pathologique personnel. Rose D..., était dans une situation assez aisée, se nourrissait bien, n'avait jamais été malade. Pas de traces de syphilis, ni d'alcoolisme.

Les règles, qui avaient apparu à douze ans et qui n'avaient jamais donné lieu à aucun trouble, se suppriment brusquement au mois d'octobre 1901. Peu après, la malade ressent, au niveau de l'estomac, une sorte de gêne lui donnant, dit-elle, la sensation d'*une barre*. En même temps, son appétit, excellent jusqu'alors, s'affaiblit ; la viande surtout lui cause un insurmontable dégoût ; elle cesse de s'alimenter et ne tarde pas à s'amaigrir. Ses forces disparaissent, tout travail lui devient impossible. La faiblesse et les douleurs augmentant de jour en jour, elle s'alite et fait appeler un médecin qui lui ordonne le régime lacté absolu et des cachets de bicarbonate de soude. Ce traitement ne lui apportant aucun soulagement, elle entre à l'hôpital le 13 février.

A l'*examen*, la malade paraît faible, très amaigrie, les téguments sont d'une teinte jaunâtre anémique. Il n'y a jamais eu de vomissements ni d'hématémèses et néanmoins il existe une anachlorhydrie presque complète.

L'abdomen est tendu et douloureux, légèrement empâté. Le maximum de la douleur siège au niveau de l'hypochondre droit, mais il n'y a aucune tumeur appréciable à la palpation. Pas d'ascite,

pas de circulation collatérale. Pas d'œdème des membres inférieurs. Ni albumine, ni sucre dans les urines.

L'auscultation du cœur reste négative. Il existe dans les poumons une légère submatité aux deux sommets accompagnée de rudesse du murmure respiratoire.

On institue le traitement suivant : Repos au lit. Cataplasmes laudanisés très chauds sur l'abdomen. Suralimentation.

A l'entrée de la malade salle Colin, l'attention est attirée par une masse de petits ganglions au nombre de quatre à cinq, derrière le chef claviculaire du sterno-cleido-mastoïdien, dans la fosse sus-claviculaire gauche. Ces ganglions ne sont appréciables que par un toucher assez profond. Ils ont été légèrement douloureux pendant les premières semaines.

Dans le creux inguinal gauche, un ganglion isolé fait saillie, sa taille est d'une petite noisette, il est dur et mobile sous la peau. Nulle part il n'y a de lésions cutanées ou muqueuses anciennes ou récentes.

Sous l'influence de l'alimentation substantielle que la malade supportait parfaitement bien, l'état de cachexie parut d'abord s'amender. La malade engraissa de deux kilos et la faiblesse diminua dans des proportions notables. Le seul incident fut l'apparition de vomissements le 25 mars, vomissements exclusivement alimentaires et bilieux. Ils s'arrêtèrent d'eux mêmes et n'ont plus reparu depuis. Seules les douleurs épigastriques et abdominales ont toujours persisté, ne cédant qu'à l'emploi de cataplasmes fréquemment renouvelés.

Si l'état général de la malade restait stationnaire ou même présentait une légère amélioration, il en était autrement des adénopathies successives qui se manifestaient avec des localisations diverses.

Tout d'abord le ganglion inguinal gauche, primitivement isolé, augmentait de volume jusqu'à atteindre les dimensions d'un œuf de pigeon. En même temps un ganglion situé au-dessus augmentait à son tour et venait faire saillie sous les téguments sans atteindre toutefois le volume du premier. Entre les deux, se développait une pléiade de petits ganglions perceptibles seulement par une palpation profonde.

Dans l'aîne droite, l'adénopathie ne se manifestait que très tardivement dans le courant du mois de mai sous la forme d'un ganglion unique, appréciable seulement au toucher.

Dans les fosses sus-claviculaires droite et gauche, on sentait à la palpation deux ou trois ganglions hypertrophiés, atteignant le volume d'un pois. En même temps, apparaissait dans l'aisselle gauche un ganglion unique, roulant sous les doigts, faisant une saillie très appréciable du volume d'une petite noisette environ.

A partir des premiers jours de juin, une aggravation notable se produisit dans l'état de la malade. L'anorexie devint absolue, toute alimentation fut cessée et l'amaigrissement fit des progrès rapides : trois kilos en huit jours.

Les douleurs gastriques augmentèrent, tout sommeil devint impossible, une fièvre légère, atteignant 38° le soir, fit son apparition. Aucune dyspnée.

Il n'y avait toujours pas de vomissements ; mais bientôt une diarrhée tenace apparut, liquide et parfois sanguinolente. Le 10, enfin, il y eut du melœna très net.

Le 13, survint un accident assez bizarre. La malade eut, coup sur coup, trois crises épileptiformes de moyenne intensité. Ces crises furent suivies d'une grande dépression physique et morale ; la cachexie fit de rapides progrès et la malade mourut, dans le marasme, le 23 juin.

Autopsie. — L'autopsie pratiquée le 25 juin permit de constater les lésions suivantes :

Centres nerveux. — Congestion des vaisseaux de la pie-mère sans exsudat liquide dans la cavité arachnoïdienne. A la surface de l'hémisphère droit, on trouve, à la portion moyenne, quatre à cinq nodules blanchâtres des dimensions d'une lentille, situés immédiatement sous la pie-mère. En coupe, ils apparaissent situés dans la couche corticale du cerveau ; ce sont des tubercules caséeux. Il n'y a pas d'autres lésions du reste du cerveau ni du méso-céphale.

Cavité thoracique. Il n'y a pas d'épanchement dans les plèvres. Quelques adhérences fibreuses aux deux sommets. Les poumons présentent, aux sommets, quelques tubercules fibro-caséeux avec un peu de sclérose périphérique. Dans le reste des poumons, on trouve des granulations grises en grappe, disséminées par groupes assez espacés.

Des deux côtés du hile, se trouvent de volumineuses masses de ganglions caséeux, se continuant avec des masses semblables qui entourent les grosses bronches et la trachée, et remontent jusqu'à la base du cou. L'ensemble des ganglions ainsi groupés, atteint le

volume d'une tête d'enfant nouveau-né. En coupe, ces ganglions entièrement caséeux, striés de noir, présentent une apparence assez semblable au fromage de Roquefort.

Ces adénopathies se relient aux chaînes ganglionnaires de chaque côté du cou, qui sont également altérées.

A droite, se trouvent quelques petits ganglions des dimensions d'une noisette ; à gauche, une masse plus considérable du volume d'une noix, formée de petits ganglions très durs et entièrement caséeux. D'autres ganglions suivant les vaisseaux sous-claviers se prolongent dans le creux axillaire.

Le cœur est sain, ainsi que les gros vaisseaux de la base, mais il existe à la surface du péricarde de petites granulations fibreuses, assez nombreuses.

Cavité abdominale. — Le péritoine ne renferme pas de liquide. Il est semé de granulations grises, récentes, disséminées sur l'intestin et les parois. En outre, il y a autour du foie et dans tout l'hypochondre gauche des adhérences fibreuses, avec noyaux caséeux plus anciens.

Le foie est gros, ne renferme pas de tubercules, la rate est petite et molle, le pancréas est sain.

L'estomac est petit, guère plus large que le gros intestin. Il ne présente aucune lésion. Il y a quelques ulcérations dans la portion terminale de l'intestin.

Des ganglions caséeux, donnant à la coupe l'aspect d'un marron d'Inde, sont groupés autour du pancréas, de l'aorte et des gros vaisseaux. Ils se continuent le long des vaisseaux iliaques et dans les deux aines.

Les deux reins sont sains, ainsi que les capsules surrénales. Les deux trompes sont transformées en boudins contournés, entièrement remplis de matière caséeuse sèche. L'utérus est sain et renferme seulement un peu de pus.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait, que l'on a pu constater, chez cette malade, des troubles digestifs marqués s'accompagnant d'une cachexie progressive avec adénopathie. On aurait donc pu faire le diagnostic de cancer de l'estomac avec adénopathies externes à distance.

Le peu de lésions pulmonaires permettait, d'autre part, de penser à la tuberculose compliquant un cancer.

Comme l'autopsie l'a démontré, il s'agissait d'une forme anormale de tuberculose avec lésions péritonéales, troubles digestifs et douleurs épigastriques, tuberculose où participait tout le système ganglionnaire viscéral et périphérique.

Mais, en tenant compte du siège des adénopathies, de leur multiplicité et de la date précoce de leur apparition, on pouvait établir le diagnostic différentiel.

Ce qui fait, en effet, la valeur séméiologique de l'adénopathie de Troisier, c'est son développement dans la région sus-claviculaire gauche *exclusivement*. Bien que, ainsi que le prouve un des faits que nous rapportons, l'infection cancéreuse se faisant par voie lymphatique rétrograde, puisse intéresser simultanément tout ou partie de l'appareil lymphatique de l'organisme, il est évident que la valeur diagnostique de l'adénopathie sus-claviculaire, si elle est accompagnée d'autres adénopathies, est diminuée d'autant, n'a plus rien de spécial et peut se rencontrer dans la tuberculose comme dans le cancer. C'est précisément ce qu'a toujours soutenu notre maître, M. Troisier.

CONCLUSIONS

Les adénopathies externes à distance dans les néoplasmes de l'estomac sont relativement rares, mais quand elles existent, elles constituent un symptôme d'une grande valeur clinique.

Leurs localisations les plus habituelles sont les creux sus-claviculaires et les régions inguinales. Par suite de la présence à gauche du canal thoracique, voie généralement suivie par les cellules cancéreuses, cette adénopathie siège cinq fois plus souvent à gauche qu'à droite. Le canal thoracique étant lui-même envahi ou non.

Le plus souvent l'adénopathie est sus-claviculaire seulement ; parfois elle est seulement inguinale, ou bien il y a coïncidence des deux localisations.

Ces adénopathies présentent des caractères cliniques bien définis, apparaissent généralement à la période cachectique, sont toujours indolores et peuvent atteindre un volume variable.

Il importe de les distinguer des autres adénopathies dues à l'infection banale, à la lymphadénie, à la syphilis ou surtout à la tuberculose.

Ces adénopathies dues à d'autres causes que le cancer peuvent exister chez un malade porteur d'un néoplasme gastrique. Parfois elles peuvent coexister avec des adénopathies secondaires cancéreuses.

Mais la grande valeur des adénopathies externes à distance consiste en ce fait qu'elles peuvent mettre sur la voie d'un cancer *latent* et apporter un élément précieux de diagnostic positif.

Il importe donc chez tout malade soupçonné de néoplasme gastrique *de faire toujours l'exploration méthodique du creux sus-claviculaire.*

L'apparition d'une adénopathie à distance constitue enfin pour le pronostic, un signe du plus fâcheux augure et doit faire systématiquement écarter toute intervention chirurgicale.

Vu :
Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Fig. 1. — Adénopathie sus-claviculaire (1).

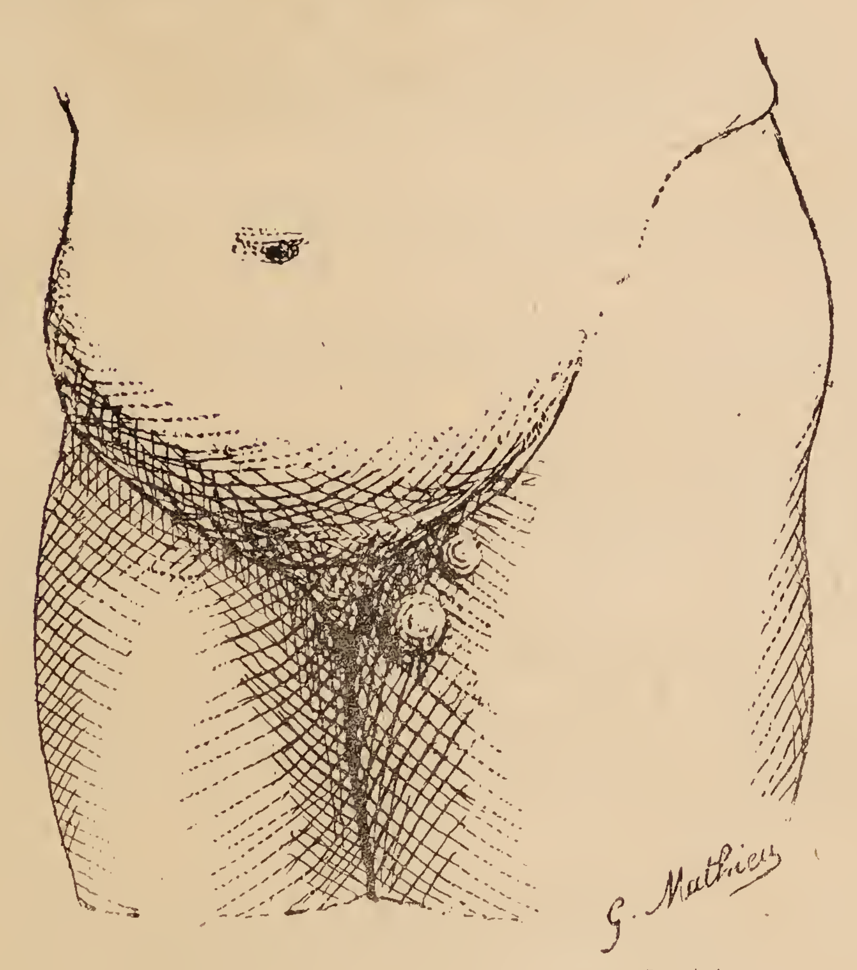


Fig. 2. — Adénopathie inguinale (2).

(1) Communiquée par M. Troisier.

(2) Recueillie dans le service de M. Menétrier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alexandre. *De la leucocytose dans les cancers.* Thèse de Paris, 1887.

Belin. *Adénopathies à distance dans le cancer viscéral.* Thèse de Paris, 1888.

Cornil. Article Carcinôme. *Dictionnaire Dechambre.*

Cunéo. De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac et de ses conséquences chirurgicales. Thèse de Paris, 1900.

— Lymphatiques du Testicule, in *Bulletin Société Anatomique*, fév. 1901.

Eyselein. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1874, n° 30.

Friedreich. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1874.

Grisolle. *Pathologie interne*, t. II.

Gussenbauer. Sur le développement des dégénérescences lymphatiques secondaires. *Zeitschrift für Heilkunde.* Prog. Band II, 1881.

Carl Gussenbauer et **von Winivarter.** *Archiv für klinische chirurgie*, von Longenbeck, B. 19, 1876.

Godde. *Cancer du canal thoracique.* Thèse de Paris, 1899.

Guinard. *Revue internationale de thérapeutique et de pharmacologie*, oct. 1898.

Herlement. Thèse de Paris, 1898.

Henoch. *Klinik der Unterleibs krankheiten*, 1er vol., Berlin, 1874, Leberkrebs.

Humbert. Thèse agrégation chirurgie, 1876.

Jaccoud. *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité*, 1866, 1re leçon.

— *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié*, 1886-87.

Lebert. *Traité d'anatomie générale et spéciale*, t. I et II, Paris, 1857.

Leube. *Ziemssen's*, 4, B. VII, 2, 1876. Krankheiten des Chylopoet, App. I.

Lancereaux. *Anatomie pathologique*, t. II.

Lesnès. *De l'adénite sus-claviculaire gauche.* Thèse de Lyon, 1893.

Mascagni. *Vasorum lymphaticorum historia*, 1787.

Merklen. *Bulletin de la Société Anatomique*, mai 1880.

Millard. *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 22 oct. 1886.

Menétrier. Article des Tumeurs. *Traité de pathologie générale de* Bouchard.

Mathieu. *Société médicale des Hôpitaux*, 1895, 1897.

Picard. *Bulletin Société Anatomique*, 1872.

Poirier. *Traité d'Anatomie.*

Raymond. Article Embolie du *Dictionnaire Encyclopédique*, p. 644.

Recklinghausen. Ueber die venœse Embolie und retrograden in dem venen in dem lymphgefœsen. *Virchow's Archiv*, 1885, p. 505.

Rousseau. Thèse de Paris, 1875.
Sappey. *Traité d'anatomie descriptive*, t. II.
Soupault et **Labbé**. Etude sur les altérations et le rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. *Revue de médecine*, 10 fév. 1900.
Spinelli. Sull'adenopatica soproclavicolare nei cancri delli organi della piccola pelvi et dell'abdome. *Revista clinica*. Napoli, 1893.
Straus. Note sur un cas d'ascite chyleuse. *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1er semestre 1886.
Tarchetti. Les ganglions sus-claviculaires gauches dans le diagnostic des cancers abdominaux. *Clinique médicale italienne*, n° 9, 1899.
Testut. *Traité d'anatomie descriptive*, t. I.
Troisier. *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 8 oct. 1886, 22 oct. 1886, 12 nov. 1886. — Rapport à la *Société médicale des Hôpitaux*, séance du 13 janv. 1888. Les adénopathies sus-claviculaires dans les cancers de l'abdomen. *Archives générales de médecine*, 1889 (1er mémoire). *Ibid.*, 1893 (2e mémoire) ; *Bulletin Société médicale des Hôpitaux*, 1900, p. 970. *Presse médicale*, 21 mai 1898. Le cancer du canal thoracique. *Exposé de titres et travaux scientifiques*, 1901.
Vaquez et **Ribierre**. Cas de lymphadénome atypique avec polynucléose. *Société méd. des Hôpitaux*, 14 déc. 1896.

Saint-Brieuc. — Typographie F. Guyon (1318-6-2).